



## FICHE DE RENSEIGNEMENT

### CONSTITUTION DU TABLEAU DE L'ORDRE DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES DE L'ISERE

Si vous êtes retraité et que vous souhaitez continuer à voter pour élire vos conseillers départementaux ou souhaitez être candidat, remplissez l'intégralité de ce questionnaire

#### 1. ETAT CIVIL

Mme       Melle       Mr

Nom d'exercice : .....

Nom de naissance : .....

Prénom(s) : .....

Date de naissance : ...../...../.....      Département : .....

Lieu de naissance : .....

Nationalité :     Française     UE, précisez : .....

Hors UE, précisez : .....

Adresse domicile privé : .....

.....

.....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone personnel : ...../...../...../...../.....

Courriel : ..... @ .....

#### 2. TITRES ET QUALIFICATIONS PROFESSIONNELS

##### 2.A : Diplôme d'Etat français (hors diplômé de l'année)

N° du diplôme : ..... Date d'obtention : ..... / ..... / .....

Lieu d'obtention : .....

IFMK d'origine (Ecole) : .....

Numéro ADELI : .....

Pour les diplômés de l'année :

Date Attestation provisoire : ...../...../..... DRASS l'ayant délivrée : .....

##### 2.B : Diplôme d'Etat dans l'Union Européenne - Autorisation d'Exercice :

Date de délivrance : ...../...../.....      DRASS l'ayant délivrée : .....

##### 2.C : Pour les étrangers Hors Union Européenne titulaires d'un Diplôme d'Etat français :

N° du diplôme : ..... Date d'obtention : ..... / ..... / .....

Lieu d'obtention : .....

IFMK d'origine (Ecole) : .....

Date Autorisation d'Exercice : ..... / ..... / .....

### 3. EXERCICE PROFESSIONNEL ACTUEL

- 1<sup>ère</sup> année d'exercice       Libéral       Salarié       Mixte\*

\*remplir le mode d'exercice libéral et salarié ci-après

#### 3.A : MODE D'EXERCICE LIBERAL

- Remplaçant      et/ou       Assistant – Collaborateur
- Exercice individuel :  Seul       SEL ou SELARL       Avec assistant(s) : Nombre .....
- Exercice en groupe :  SCM       SCP       SEL ou SELARL       Société de Fait
- Autres, précisez : .....

Cabinet secondaire :  Oui       Non      Si oui, mentionnez l'adresse du cabinet :

.....

.....

.....

#### EXERCICE INDIVIDUEL

Adresse : .....

.....

.....

Ne cocher qu'une seule case

- Seul       Avec Assistant (remplir le tableau suivant en indiquant le nom des assistants)

N°	NOM	PRENOM	N° Ordinal	Début du Contrat
1				/ /
2				/ /
3				/ /
4				/ /
5				/ /

#### EXERCICE EXCLUSIF A DOMICILE

Adresse (si différente de l'adresse personnelle) : .....

.....

.....

.....

REPLACANT (R)

**ET/OU**

ASSISTANT-COLLABORATEUR (AC)

Indiquez dans le tableau suivant les derniers remplacements et assistanats ainsi que ceux en cours :

TITULAIRE DU CABINET		STATUT	PERIODE CONCERNEE			Date Signature du Contrat
NOM	PRENOM	R / AC	Du	Au	En cours	

Adresse actuelle : .....

.....

Code postal : ..... Ville : .....

EXERCICE EN GROUPE

NOM de la société : .....

.....

ADRESSE de la société : .....

.....

.....

Nombre d'associés : .....

NOM	PRENOM	DATE DU CONTRAT

### 3.B : MODE D'EXERCICE SALARIE

#### Vous exercez dans la Fonction Publique

Etablissement Public de Santé (CHU, CH, Hôpital Local...)

Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie Public

Etablissement Public Territorial (Centre de santé, Dispensaire, Municipalité...)

Votre statut :  Titulaire  Stagiaire  CDI  CDD

Raison sociale et adresse de l'employeur : .....

.....

.....

.....

Vous exercez à temps partiel :

OUI, quotité de temps : ..... %

NON



## DONNEES FACULTATIVES

Ces données sont destinées à l'entraide prévue par l'Article L 4321-14 du Code de la Santé Publique

### Vous êtes

Célibataire     Marié(e)     Veuf(ve)     Divorcé(e)     Concubin(e)     PACS

Date de naissance du conjoint : ..... / ..... / .....

Lieu de naissance du conjoint : .....

Profession du conjoint : .....

Enfant(s) :

NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE

## CONNAISSANCE AMELIOREE DE LA PROFESSION

### AUTRES DIPLOMES

Diplôme : .....

Date d'obtention : .....

Diplôme : .....

Date d'obtention : .....

Diplôme : .....

Date d'obtention : .....

Diplôme : .....

Date d'obtention : .....

Diplôme : .....

Date d'obtention : .....

Diplôme : .....

Date d'obtention : .....

Diplôme : .....

Date d'obtention : .....

Merci pour les réponses apportées